

VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE E/O ANTI COVID-19

PARTE A. MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale	
Breve descrizione dell'appartenenza alla seguente categoria a rischio che dà diritto alla somministrazione gratuita del vaccino antinfluenzale:	

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la documentazione relativa alla vaccinazione:
“”
- Ho riferito al Farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al/ai vaccino/i e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto.
- Sono consapevole che qualora si verificassero qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno **15 minuti** dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del/dei vaccino/i “”	RIFIUTO la somministrazione del/dei vaccino/i “”
Data e luogo:	Data e luogo:
Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale	Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome cognome e ruolo (FARMACISTA) Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con dopo essere stato adeguatamente informato. Firma	2. Nome cognome e ruolo Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con dopo essere stato adeguatamente informato. Firma
---	--

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		Lotto n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data ora	Firma sanitario
Antinfluenzale	Braccio destro	Braccio sinistro					
anti-COVID-19	Braccio destro	Braccio sinistro					

PARTE B. ELENCO QUESITI. COMPILARE A CURA DEL VACCINANDO E DA RIESAMINARE INSIEME AI PROFESSIONISTI SANITARI ADDETTI ALLA VACCINAZIONE.

Solo in caso di risposta NO a tutti i quesiti della Scheda il cittadino potrà eseguire la vaccinazione presso una Farmacia convenzionata. In caso di risposte Sì o Non so, **ad eccezione dei quesiti n. 1, 6, 12 e 13** dovrà essere inviato al medico o al punto vaccinale.

QUESITI	SI	NO	NON SO
1) Ha già ricevuto la somministrazione di un'analogia tipologia di vaccino? Solo in caso di risposta positiva potrà essere eseguita la vaccinazione in farmacia. Se sì, quale:			
2) Attualmente è malato?			
3) Ha febbre?			
4) Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare:			
5) Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
6) Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete di tipo 1 o diabete di tipo 2 in terapia con almeno 2 farmaci o complicanze, anemia o altre malattie del sangue o della coagulazione?			
7) Appartiene a una delle categorie dei soggetti estremamente vulnerabili di cui all'elenco che segue (Parte C)			
8) Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto, patologie autoimmuni)			
9) Negli ultimi 3 mesi, ha assunto in modo continuativo farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci anti-tumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?			
10) Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
11) Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
12) Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?			
13) Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
14) E' in gravidanza o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla somministrazione?			
15) Sta allattando?			

Data e luogo		Firma del vaccinando	
--------------	--	----------------------	--

PARTE C. ELENCO PATOLOGIE CHE DEFINISCONO ESTREMA VULNERABILITA'. Non considerare ai fini dell'esclusione dell'eleggibilità alla vaccinazione in farmacia la condizione di diabete

Aree di patologia/condizione	Definizione della condizione
Malattie respiratorie	- Fibrosi polmonare idiopatica; - Malattie respiratorie che necessitino di ossigenoterapia.
Malattie cardiocircolatorie	- Scompenso cardiaco in classe avanzata (III – IV NYHA); - Pazienti post-shock cardiogeno.
Malattie neurologiche	- Sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone; - Sclerosi multipla; - Distrofia muscolare; - Paralisi cerebrali infantili; - Miastenia gravis; - Patologie neurologiche disimmuni.
Diabete / altre endocrinopatie severe	- Diabete di tipo 1; - Diabete di tipo 2 in terapia con almeno 2 farmaci per il diabete o con complicanze; - Morbo di Addison; - Panipopituitarismo.
Malattie epatiche	- Cirrosi epatica
Malattie cerebrovascolari	- Evento ischemico-emorragico cerebrale con compromissione dell'autonomia neurologica e cognitiva - Stroke nel 2020-22; - Stroke antecedente al 2020 con ranking ≥ 3 .
Emoglobinopatie	- Talassemia major; - Anemia a cellule falciformi; - Altre anemie gravi.
Altro	- Fibrosi cistica; - Sindrome di Down; - Grave obesità (BMI >35);
- Disabilità (fisica, sensoriale, intellettuale e psichica)	- Disabili gravi ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3

PARTE D. CATEGORIA DI RISCHIO VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE (barrare la casella corrispondente):

BARRARE	DESCRIZIONE CATEGORIA	Vaccinazione gratuita	Codice categoria
	Persona di età uguale o superiore a 60 anni <u>CON UNA O PIU'</u> patologie croniche	SI	01.a
	Persona di età uguale o superiore a 60 anni <u>SENZA</u> patologie croniche	SI	I01.b
	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da malattie croniche a carico dell' apparato respiratorio <u>NON ricomprese nell'Allegato A all'anamnesi</u>	SI	I02.a
	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da malattie dell' apparato cardio-circolatorio <u>NON ricomprese nell'Allegato A all'anamnesi</u>	SI	I02.b
	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da diabete mellito di tipo 2 in terapia con un solo farmaco e altre malattie metaboliche <u>NON ricomprese nell'Allegato A all'anamnesi</u>	SI	I02.c
	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da insufficienza renale/surrenale cronica	SI	I02.d
	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici <u>NON ricomprese nell'Allegato A all'anamnesi</u>	SI	I02.i
	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da epatopatie croniche <u>NON ricomprese nell'Allegato A all'anamnesi</u>	SI	I02.k
	Donna nel periodo post-partum	SI	I04
	Medico o personale sanitario di assistenza nelle strutture sanitarie o socio-sanitario e socio-assistenziale o libero-professionisti o medici tirocinanti in formazione specialistica o farmacista	SI	I06
	Familiare e contatto di soggetto ad alto rischio di complicanze, indipendentemente dal fatto che il soggetto sia stato o meno vaccinato	SI	I07
	Forze dell'Ordine e Protezione Civile , compresi Vigili del Fuoco, Carabinieri, Militari e la Polizia Municipale	SI	I08.a
	Donatore sangue	SI	I08.b
	Personale di asilo nido, di scuola dell'infanzia e dell'obbligo	SI	I08.c
	Personale dei trasporti pubblici, delle poste e delle comunicazioni, volontario dei servizi sanitari di emergenza e dipendente della pubblica amministrazione e necrofori , che svolge servizi essenziali	SI	I08.d
	Persona che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali (addetti all'allevamento, veterinari pubblici e privati, trasportatori di animali, macellatori)	SI	I09
	Persona $\geq$ 18 anni NON appartenente alle precedenti categorie	NO	I10

Data, _____

In fede, _____